

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Dinu Dusceac, (dindu1), Överläkare

Granskad av: Dinu Dusceac, (dindu1), Överläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-10-09

Giltig till: 2027-10-09

Prasugrel (Efient) vid akut koronart syndrom

Syfte

Rutinen syftar till att skapa en tydlighet kring trombocythämmande behandling hos patienter som vårdas för en akut kranskärlshändelse.

Arbetsbeskrivning

Patienter som vårdats för en akut kranskärlshändelse ska erhållas trombocythämmande behandling. Prasugrel (Effient), tillsammans med acetylsalicylsyra (Trombyl), är från 2024-01-01 förstahandsalternativ för trombocythämning vid akut koronart syndrom.

Bakgrund

Prasugrel, en så kallad P2Y₁₂-hämmare, hämmar trombocytaktiveringen och trombocyttaggregationen genom att irreversibelt binda till P2Y₁₂-gruppen på trombocyternas adenosindifosfatreceptorer (ADP). Behandling och förskrivning ska ske enligt rekommendationer i Fass.

Indikation

Förstahandsbehandling vid AKS tillsammans med ASA (DAPT). Prasugrel ges på PCI-lab på ordination av PCI-operatör. Det kan övervägas vid säkerställd typ-I-infarkt före PCI, särskilt om PCI genomförs >24 timmar efter debut.

Kontraindikation

Tidigare stroke/TIA/intrakraniell blödning. Välj ticagrelor eller clopidogrel i stället.

Ges ej vid långtidsbehandling med OAK (NOAK/Waran) behandling.

Vid behov av OAK välj i första hand clopidogrel. Prasugrel kan ges vid PCI trots OAK, men ska bytas ut till clopidogrel innan hemgång.

Dosering

Laddningsdos 60 mg p.o (6x10 mg) oavsett om man fortsätter med 5 eller 10 mg.

Underhållsdos 10 mg 1x1. **Vid vikt <60kg, ålder ≥75 år eller annan anledning till ökad blödningsrisk ges 5 mg 1x1**

Behandlingstid som rutin 12 månaders DAPT behandling men kan justeras efter blödningsrisk och icchemisk risk. Se PCI-berättelse eller diskutera med PCI-läkare vid osäkerhet.

Dosjustering

Ingen dosjustering vid kronisk njursvikt, dock ingen data för GFR <15 eller dialys

Dosjustering vid låg vikt <60 kg: 5 mg 1x1

Dosjustering vid ålder > 75 år: 5 mg 1x1

Patienter som inte kan svälja (intuberad/sond)

Prasugrel ska inte krossas. Om patienten ej kan svälja/ har sond, ge istället krossad ticagrelor (90 mg, laddningsdos 2 tabletter och sedan 1x2). När sond avlägsnats kan man byta till prasugrel. OBS! Ge då laddningsdos prasugrel 60 mg p.o (6x10mg) och sedan enl ovan.

Övrigt

Sätt ut 7 dagar innan kirurgi

Ges mot slutet av Kengrexal- infusion (tidigast 30 min)

Prasugrel kan inte dos-dispenserar utan helförpackning får ordineras. För DOS-patienter bör annan P2Y12-hämmare övervägas vid bristande följsamhet.

Försiktighet

Värdera blödningsrisk

Använd ARC-HBR (High Bleeding Risk evaluator) via mobilapplikation ARC-HBR eller via tabellen lägst ner i detta PM. Hög blödningsrisk föreligger vid 1 major eller 2 minor kriterier. Patienten som behandlas med OAK har alltid hög blödningsrisk enl. ARC-HBR och ska inte ha prasugrel utan clopidogrel.

Reversering

Antidot saknas. Efter 3–4 timmar är den aktiva metaboliten borta och trombocyter kan ges med viss effekt.

Academic Research Consortium for High Bleeding Risk (ARC-HBR)

MAJOR	MINOR
	Hög ålder (>75 år)
Anemi (Hb<110g/L)	Lindrig anemi: kvinnor 110-119g/L män 110-129g/L
<u>Trombocytopeni (≤100)</u>	Lindrig <u>trombocytopeni</u>
Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion inom 6 månader eller ännu tidigare om upprepade	Spontan blödning som krävde sjukhusvård eller transfusion (<12 månader) och som inte uppfyller majorkriterier.
Svår njursvikt (eGFR<30ml/min)	Njursjukdom (eGFR 30-59ml/min)
Leversjukdom med portalhypertension	
Cancersjukdom (diagnostiserad under senaste 12 månader) exklusive hudcancer (som ej är <u>melanom</u>)	
Nyligen stort trauma eller omfattande kirurgi/biopsi	
Förväntad långtidsbehandling med OAK	Läkemedel: NSAID, steroider
Ischemisk stroke inom 6 månader Tidigare hjärnblödning Tidigare traumatisk hjärnblödning (< 12 månader) Kända <u>arteriovenösa malformationer</u>	Tidigare CVI som inte uppfyller major kriterier
Planerad kirurgi (som inte kan vänta) under pågående DAPT	
Blödningsbenägenhet orsakad av <u>koagulopati</u> eller <u>hemostatisk störning</u>	

Hög blödningsrisk om antingen en major eller 2 minor kriterier föreligger.

Högblödningsrisk defineras som risk $\geq 4\%$ för BARC 3 eller 5 blödning eller risk $\geq 1\%$ för intrakraniell blödning, inom 1 år respektive.

Referenser:

Fass.se

Urban P, Mehran R, Colleran R, et al. Defining High Bleeding Risk in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation*. 2019;140(3):240–261. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.119.040167

Schüpke S et al. Ticagrelor or Prasugrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2019; 381:1524–1534. DOI: 10.1056/NEJMoa1908973

Bentzel S, Jonsson H, Skoglund K. Prasugrel (Efient). Intern rutin Verksamhet kardiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Dokument-ID: SU9777-819499373-481

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Dinu Dusceac, (dindu1), Överläkare

Granskad av: Dinu Dusceac, (dindu1), Överläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10067-1332077052-146

Version: 2.0

Giltig från: 2025-10-09

Giltig till: 2027-10-09